

# DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH



## AVISO De ACCION (NOA-B)

Fecha: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_, Numero Medi-Cal \_\_\_\_\_.

El plan mental de la salud para el condado del San Bernardino ha negado cambiado la demanda de pago por el proveedor por el siguiente servicio: \_\_\_\_\_

La petición la hizo (nombre del proveedor): \_\_\_\_\_

La petición original de su proveedor tiene fecha de: \_\_\_\_\_

El plan de salud mental tomo esta acción basado en información dada por su proveedor como indican los rezones a continuación:

Su condición de salud mental como la describió a nosotros su proveedor no encontró los criterios de la necesidad médica para servicios de hospital psiquiátrico de pacientes internos o servicios profesionales relacionados (Título 9, California Código de Regulaciones (CCR), Sección 1820.205

Su condición de salud mental como la describió a nosotros su proveedor no encontró los criterios de la necesidad médica para servicios de especialidad de salud mentales aparte que servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internos por la siguiente razón (Título 9, CCR, Sección 1830.205). \_\_\_\_\_

El servicio solicitado no esta cubierto por el plan de salud mental. (Title 9, CCR, Section 1810.345).

El plan de salud mental solicita información adicional de su proveedor que el plan necesitan para aprobar el pago del propuesto servicio. Hasta la fecha no se ha recibido información

El plan de salud mental pagara el siguiente servicio o servicios, en lugar de los servicios solicitados por su proveedor basándose en la información disponible sobre su condición de salud mental y la necesidad de servicios \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

### **Si no esta de acuerdo con la decisión del plan de salud mental, usted puede:**

1. Archivar una apelación con el plan de salud mental. Para hacer esto, usted puede llamar y hablar con un representante del plan de salud mental a (888) 743-1478 o escriba a: Access Unit, 268 W. Hospitality Lane, Suite 400, San Bernardino, CA 92415-0026

También seguiría las direcciones en el folleto de información que el plan de salud mental le ha dado. Debe archivar una apelación dentro de 90 días de la fecha de este aviso. En la mayoría de casos el plan de la salud mental debe hacer una decisión de su apelación dentro de 45 días de su petición. Puede pedir una apelación expeditiva (apresurada), que se debe decidir dentro de 3 días laborales, si cree que una demora causaría problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su capacidad de ganar, mantener o recuperar funciones importantes de la vida. Puede pedir que sus servicios se quedan donde mismo hasta que se haga una decisión de la apelación. Para mantener sus servicios debe archivar una apelación dentro de 10 días de la fecha de este aviso o antes de la fecha vigente del cambio en servicios, cualquiera sea más tarde. Los servicios pedidos se aprobaron previamente por el plan, por el período \_\_\_\_\_. La fecha vigente por el cambio en estos servicios es \_\_\_\_\_.

2. Si está en desacuerdo con el resultado de su apelación, puede pedir una audiencia estatal. lo cual dejara continuar los servicios mientras espera la audiencia. El otro lado de este aviso explica cómo pedir una audiencia. Puede pedir que sus servicios se quedan iguales hasta que se haga una decisión en la audiencia. Para mantener sus servicios debe archivar una apelación dentro de 10 días de la fecha de este aviso o antes de la fecha vigente del cambio en servicios, cualquiera que sea más tarde. Los servicios pedidos se aprobaron previamente por el plan, por el período \_\_\_\_\_. La fecha vigente por el cambio en estos servicios es \_\_\_\_\_. Los servicios continuaran mientras espera una resolución de su audiencia.
3. Puede pedir que el plan haga arreglos para una segunda opinión sobre su condición de la salud mental. Para hacer esto, llame y hable con un representante de su plan de la salud mental a (888) 743-1478, o escribe a: Access Unit, 268 W. Hospitality Lane, Suite 400, San Bernardino, CA 92415-0026

**SUS DERECHOS de la AUDIENCIA**

Usted tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empiezan uno de los dos: 1. El día después de que personalmente le dimos el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental, o 2. El día después de la fecha del sello postal del aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental.

**Audiencias Estatales Expeditivas (Apresuradas)**

Normalmente toma aproximadamente 90 días de la fecha de su petición hacer una decisión de audiencia. Si piensa que éste tiempo causará problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su habilidad de progresar, mantener o recobrar funciones importantes de la vida, puede pedir una audiencia estatal apresurada. **Para pedir audiencia apresurada, favor de marcar la 1ª caja en la columna de la mano derecha de esta página bajo PEDIR AUDIENCIA e incluya la razón porqué pide una audiencia apresurada.** Si su petición de audiencia apresurada se aprueba, se emitirá una decisión de audiencia dentro de tres días laborales de la fecha que su petición es recibida por State Hearings Division.

**Para Mantener Sus Mismos Servicios Mientras espera Una Audiencia**

- Debe pedir una audiencia dentro de 10 días de la fecha en que se le mandó por correo el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental o personalmente dado a usted o antes de la fecha vigente del cambio en servicios, o lo que sea más tarde.
- Sus servicios de Medi-Cal de salud mental se quedarán igual hasta que se haga una decisión final de la audiencia el cual está adverso a usted, usted retire su demanda por una audiencia, o el período de tiempo o límites de servicio por sus presentes servicios expire, cualquier de estos pase primero.

**Reglamentos Estatales Disponibles**

Reglamentos estatales, incluso aquellos que cubren audiencias estatales, están disponibles en su oficina local del welfare del condado.

**Para Obtener Ayuda**

Puede obtener ayuda legal gratis en la oficina de ayuda legal o de otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos de audiencia o ayuda legal gratis a Public Inquiry and Response Unit:

Llame gratis a: 1-800-952-5253.  
Si está sordo y usa TDD, llame 1-800-952-8349

**Representante Autorizado**

Puede representarse así mismo en la audiencia estatal. Puede ser representado también por un amigo, un abogado o alguno otro que elija. Debe hacer arreglos para este representante usted.

**Information Practices Act Notice' (California Civil Code Section 1798, et. seq.)**

La información que se pide escribir en esta forma se necesita para procesar su petición de audiencia. Se retrasa el proceso si la información no es completa. Se establecerá un archivo de causa por State Hearings Division of the Department of Social Services. Tiene el derecho de examinar los materiales que componen el registro para decisión y puede localizar este registro con ponerse en contacto con el Public Inquiry and Response Unit (número de teléfono arriba). Cualquier información que provee se comparte con el plan de la salud mental, the State Departments of Health Services and Mental Health y con U.S. Department of Health and Human Services (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2)

**COMO PEDIR Una AUDIENCIA ESTATAL**

**La mejor manera de pedir una audiencia es completar esta página. Haga una copia, frente e inverso para sus archivos. Envíe esta página a:**

State Hearings Division  
California Department of Social Services  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37  
Sacramento, CA 94244-2430

Otra manera pedir que una audiencia es llamar 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llama 1-800-952-8349.

**PETICION PARA AUDIENCIA**

Quiero una audiencia debido a una acción relacionada con Medi-Cal por el Plan de Salud Mental del Condado de San Bernardino.

Cheque aquí si quiere que la audiencia estatal sea expeditiva (apresurada) e incluya la razón abajo.

**Aquí este porqué:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cheque aquí y agrega una pagina si tiene necesidad de más espacio.

**Mi nombre: (imprima)**

\_\_\_\_\_

**Mi Numero seguro social:**

**Mi Dirección: (imprima):**

\_\_\_\_\_

**Mi número telefónico:**

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**Mi firma:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Requiero un intérprete sin ningún costo a mí. Mi idioma o dialecto es

\_\_\_\_\_

Quiero que la persona quien nombro abajo me represente en esta audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis archivos y venir a la audiencia por mí.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número del teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_